青森県の有床医療機関における内服薬等の患者誤認防止対策の現状と取り組む課題 青森県看護協会 医療・看護安全委員会

I はじめに

医療安全上で内服薬等の患者誤認防止対策は重要な課題である。大規模病院での急性期診療から中小規模病院や施設など療養の場が変わっても、継続して患者の安全が確保されることが重要であり、地域全体で安全に医療を提供する必要がある。今回、患者誤認インシデントの発生状況と患者誤認防止対策の現状を明らかにし、取り組む課題を抽出するため青森県の有床医療機関における内服薬等の患者誤認防止対策の現状について調査を行ったので報告する。

II 調査方法

- 1.調査期間は、令和元年 8 月~9 月、調査内容は、平成 30 年度の①医療機関の属性 ②医療安全管理体制 ③インシデント報告件数 ④内服業務の現状 ⑤内服薬等の患者誤認防止対策について、無記名自記式質問紙調査した。
- 2.対象者は青森県の有床医療機関の医療安全管理者あるいは医療安全管理の任にある看護職とした。
- 3.用語の定義は次の通りとした。

内服薬等:内服薬及び外用薬を指す。

識別子:患者を確認、同定するために使用される文字列や数字を指す。

内服薬等の患者誤認:患者を取り違えて他患者の内服薬等を与薬すること、内服薬等を取り違えて 他患者の内服薬等を与薬すること。

4.倫理的配慮

自由意志での参加であり、質問紙は無記名で行い、提出をもって同意を得た。また、青森県看護協会看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

III 結果

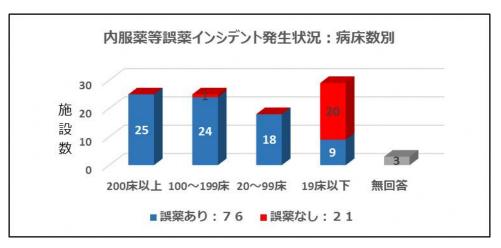
アンケートは、青森県内有床診療所 126 施設と青森県内病院 95 施設の合計 221 施設へ送付した。 そのうち、101 施設から回答があり、有効回答は 100 施設だった(アンケートの回収率は 45.2%)。

【表 1】

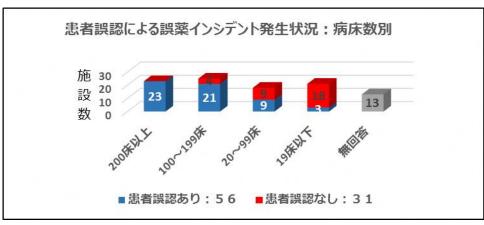


インシデント報告体制は 100 施設中 99 施設で整備されていた(1 施設は無回答)。内服薬等誤薬インシデントの発生状況については、有効回答とした 100 施設のうち 76 施設(76%)で発生しており(表 2)、また患者誤認による誤薬インシデントは 56 施設(56%)において発生していた。病床規模では、200 床以上の施設では 23 施設(92%)、100~199 床の施設では 21 施設(84%)、20~99 床の施設では 9 施設(45%)、19 床以下(有床診療所)の施設では 3 施設(10%)で患者誤認が発生していた(表 3)。病床規模が大きいほど、患者誤認が発生している。

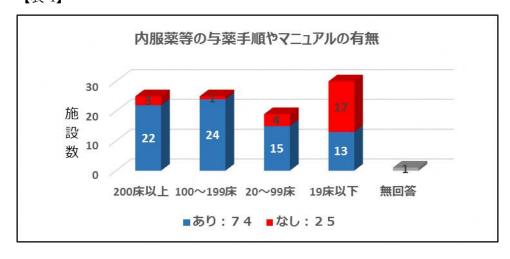
【表 2】

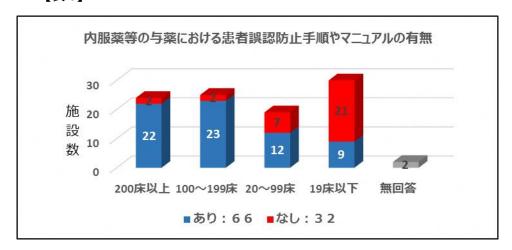


【表 3】



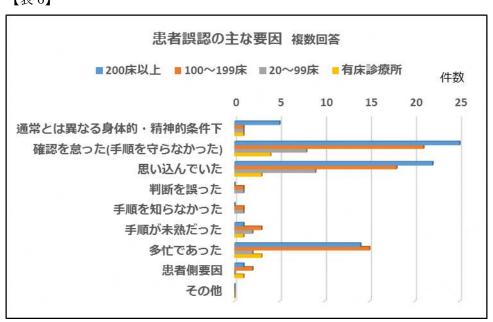
【表 4】





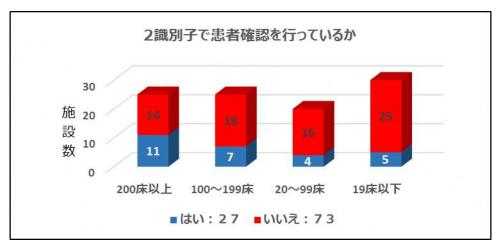
患者誤認防止対策の現状を見ると、「内服薬等の与薬手順やマニュアル」については、74 施設(74%)、「内服薬等の与薬における患者誤認防止手順やマニュアル」は 66 施設(66%)が有していた。病床規模では、200 床以上および 100~199 床の施設では約 90%が手順やマニュアルを有していたが、20~99 床の施設では 60%、19 床以下の施設では 30%の保有率であった(表 4、表 5)。200 床以上および 100~199 床の施設では多くの病院が手順やマニュアルを有しているが、それにも関わらず多くの施設で患者誤認が発生している。一方、19 床以下の施設では、手順やマニュアルの保有率は低く、30 施設中 3 施設で患者誤認が発生している。患者誤認の主な要因として、病床規模にかかわらず「確認を怠った(手順を守らなかった)」「思い込んでいた」「多忙であった」が多かった。(表 6)。

【表 6】

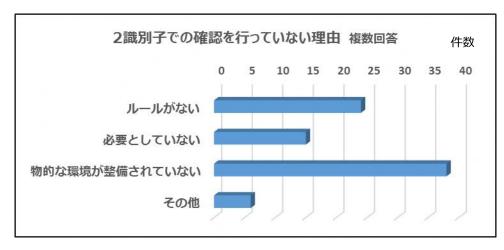


患者確認(同定)において、2つ以上の識別子を使用しているのは27施設27%と低かった。200床以上の施設においても44%と半数以下であり、2識別子以上での患者確認(同定)はまだまだ標準的には実施されていない状況である(表7)。要因としては、「物的な環境が整備されていないこと」「ルールがないこと」が多くあげられていた(表8)。平成29年の患者誤認事故発生以降、各医療機関ではそれぞれ再発防止対策が行われていた。患者確認手順の見直しや周知にとどまらず、配薬トレイの準備、患者参画への働きかけ、薬剤師との連携強化を図るなど、対策は多岐にわたっていた(表9)。

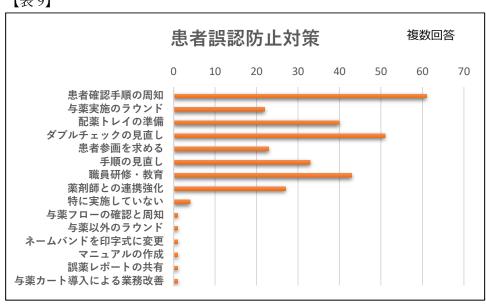
【表7】



【表 8】



【表 9】



IV 考察

患者誤認インシデントの発生状況と患者誤認防止対策の現状を明らかにし、取り組む課題を抽出する ことを目的に内服薬等の患者誤認防止対策の現状について調査を行った。

調査の結果からは規模の大小に関わらずほとんどの施設でインシデントや医療事故の報告体制が整

備されていることがわかった。

また、病床規模の大きい施設では与薬手順書や患者誤認防止手順書を有しているが内服薬の誤薬件数が多くなっている。患者誤認の要因としては確認不足(手順を守らない)、思い込み、多忙であった。

一方 19 床以下の施設では与薬手順書、患者誤認防止手順書の保有率は低くなっている。

内服薬等の与薬手順を標準化し関わる職員が共通認識するため、施設に応じた手順やマニュアルを作成することが必要である。また、19 床以下の施設でも患者誤認が発生していることから手順を示す簡易なフロー図も有用と考える。

各施設では患者誤認防止のために患者確認手順の見直しや周知、配薬トレイの準備、患者参画への働きかけ、薬剤師との連携強化を図る等様々な対策がとられていた。しかし、2 識別子で患者確認を実施している施設は 27 施設(27%)のみで、できない理由としては物的環境が整備されていない、ルールがないであった。

患者確認(同定)においては、薬包や配薬ケースなどの確認対象物に生年月日や病院固有 ID 等の患者情報がついてないため、物理的に2識別子での確認ができない状況があると思われるが、患者氏名を含む2識別子以上の使用は、医療の質・安全学会「医療安全管理者ネットワーク会議」で推奨されている。病床数や病院機能等を踏まえ、その必要性を病院組織として判断するのが現実的と思われる。

医療安全管理者や医療安全を担当する者は、手順やマニュアルがあっても確認不足や思い込みなどの ヒューマンエラー要因による患者誤認が発生している状況を十分認識する必要がある。

手順やマニュアルの作成や見直しで終わらず、患者確認(同定)の重要性、また患者誤認防止は患者確認(同定)と対象物との照合が必須であることを伝え続け、ラウンド等による実践状況の評価、職員が当たり前のことを当たり前に実践する安全文化を醸成することが必要である。

また、看護職は患者参画への働きかけや薬剤師との連携強化を図るなど、多様なアプローチができることが強みである。青森県内での医療安全管理者間の交流や情報交換を通して幅広く連携していける仕組みも持っている。これらを活用しながら今後も医療看護の安全に関する活動に取り組んでいく。

V 結論

医療安全管理者及び医療安全担当者は、医療機関の病床数や機能、与薬業務に関わる職種や職員数等も踏まえた上で、取り扱う内服薬等の重要性(危険度)や与薬業務の頻度等から患者誤認リスクを査定し、それに応じた対策をとる必要がある。

医療看護安全委員会は以下の患者誤認防止対策を推奨する。

- (1) 内服薬等の与薬手順を標準化するために、施設に応じた手順やマニュアルを作成する。 19 床以下の施設で与薬業務に関わる職員数が限定される施設の場合、手順を示す簡易なフロー も有用である。
- (2) 手順やマニュアルには、患者確認(同定)と対象物との称号の方法を具体的に明文化する。
- (3) 2 識別子以上での患者確認(同定)は有用である。そのためには、配薬カートや配薬ケースに 患者氏名の他、生年月日や病院固有 ID を表示することが必須で物的な整備が必要である。この 整備には費用がかかることから、その必要性の根拠等について病院幹部職員に提示していく活動 が必要である。

VI 参考文献

1) 医療の質・安全学会ネットワーク委員会 医療安全管理者ネットワーク会議(第29回),内服薬 与薬における患者と内服薬の取り違え(患者誤認)予防手順,2018.

- 2) 清水真由美:看護職の安全確認行動に影響を及ぼす要因に関する研究. 弘前大学保健学研究科保健学専攻科.
- 3) 公益社団法人 青森県看護協会 看護職賠償責任保険制度 News Vol. 25.
- 4) 公益社団法人 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業第 42 回報告書, 2015 年.
- 5) 嶋森好子: 患者安全のために看護業務のリスク低減化を図る. 第 127 回日本医学会シンポジウム 記録集 医学・医療安全の科学, 100-111, 2005.